



**NIVIA MILHET DOMÍNGUEZ**

IMPLEMENTAÇÃO DA ABORDAGEM SINDRÔMICA DE  
CORRIMENTO VAGINAL EM GESTANTES DO MUNICÍPIO DE  
MANSIDÃO.

CAMPO GRANDE / MS

2014

**NIVIA MILHET DOMÍNGUEZ**

**IMPLEMENTAÇÃO DA ABORDAGEM SINDRÔMICA DE  
CORRIMENTO VAGINAL EM GESTANTES DO MUNICÍPIO DE  
MANSIDÃO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como  
requisito para obtenção do título de Especialista em  
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof.<sup>(a)</sup> Sandra Maria do Valle Leone  
de Oliveira.

CAMPO GRANDE / MS

2014

## **DEDICATÓRIA**

Aos grandes amores de minha vida, fontes de minha inspiração e pelos quais cada dia tem sentido:

A minha mãe e meu pai ausente, mas sempre no meu coração, por seu amor e dedicação a mim destinados, por ser minhas guias, forças e esperança;

A Eddi, meu amado esposo, amigo e companheiro inseparável, graça por tanto amor, compreensão e apoio incondicional;

Aos meus grandes tesouros, meus filhos, Eduardo, Frank, David e Ernesto, para quem nenhum sacrifício é suficiente.

## **AGRADECIMENTOS**

A meus pais, paradigmas e meus motores impulsores, por seu carinho e eterna dedicação durante toda minha vida.

A meu esposo, amigo e companheiro inseparável, por seu apoio constante.

A minhas duas irmãs e melhores amigas, por seu apoio incondicional no cumprimento desta honrosa missão.

Às equipes de profissionais das três Unidades Básicas de Saúde do Município de Mansidão, Estado Bahia, pelo empenho e colaboração na elaboração do projeto.

Meu intenso agradecimento a todos os professores da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul pela oportunidade de realização do curso de especialização e pelos profundos ensinamentos em Atenção Básica em Saúde da Família permitindo-me melhorar a qualidade do serviço onde atuo.

A todos os que de uma maneira ou de outra contribuíram na execução deste trabalho, meu gratidão.

Muito obrigada!

"Os homens envolvidos em restaurar a saúde dos outros juntando habilidade com humanidade estão sobre os grandes da terra. Ainda que eles compartilham a divindade, já que preservar e renovar é quase tão nobre quanto criar. "

Voltaire

## RESUMO

Com o intuito de aprimorar o diagnóstico e o tratamento precoce dos principais agentes etiológicos das Doenças Sexualmente Transmissíveis ainda sem requerer de resultados de exames laboratoriais, o Ministério da Saúde no Brasil recomenda a abordagem sindrômica para o correto manejo dos portadores. O desenho do estudo foi transversal e objetivou a implementação desta estratégia nas 69 gestantes com queixa de corrimento vaginal no âmbito das três Unidades Básicas de Saúde do Município de Mansidão, Estado Bahia, no período de maio a agosto de 2014. Os dados se processaram para determinar os valores percentuais com ajuda do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0. Ditos resultados revelaram que as gestantes atendidas são majoritariamente residentes de zona rural (78,2 %), adultas jovens entre 20 e 29 anos de idade (55 %), com nível Secundário (44,9%), lavradoras (71%) e com união estável (44,9%). Verificou-se a adequada cobertura de recursos humanos e suficientes recursos materiais para garantir a atenção nas unidades da síndrome apresentada pela gestante por meio do fluxograma de conduta de corrimento vaginal sem microscopia adotado no país. Observou-se prevalência de 47,8% com candidíase vulvovaginal, 17,3% com vaginose bacteriana e 11,5% com tricomoníase vaginal. A associação destas infecções foi diagnosticada em 15,9% das mulheres; a cervicite em 33,3% e em 7,2% dos casos o conteúdo vaginal foi considerado fisiológico. Se avaliou a eficácia da abordagem sindrômica através da exaustiva revisão das fichas de pré-natal, além da satisfação manifestada pelos profissionais e gestantes pela assistência prestada e recebida respectivamente, relacionadas com o manejo sindrômico. A análise permitiu evidenciar o impacto deste modelo de intervenção o qual se considerou efetivo ao obter após de sua aplicação a cura clínica em 56,5% dos casos de vaginite e no tratamento da cervicites excedeu 50%. Contudo, se constatou, falta de treinamento dos profissionais em abordagem sindrômica. Recomendamos a realização de uma intervenção capacitam-te para todos os profissionais de saúde dos serviços primários envolvidos nesta tarefa.

**Palavras-chaves:** Abordagem Sindrômica, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Corrimento Vaginal.

## ABSTRACT

In order to improve the diagnosis and early treatment of the main etiological agents of sexually transmitted diseases even without requiring laboratory tests results, the Ministry of health in Brazil recommends syndromic approach for the correct handling of the carriers. The design of the study was cross-sectional and aimed at the implementation of this strategy in 69 pregnant women complaining of vaginal discharge in the context of the three basic health units of the municipality of Meekness, in Bahia, in the period from May to August 2014. The data if processed to determine the percentage values with the help of the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 18.0. These results revealed that the pregnant women seen are mostly residents of the countryside (78.2%) young adult between 20 and 29 years of age (55%), with Secondary level (44.9%) lavradoras (71%) and stable (44.9 percent). There has been adequate coverage of sufficient material resources and human resources to ensure attention to the units of the syndrome presented by pregnant women through the conduct of vaginal discharge flowchart without microscopy adopted in the country. Observed prevalence of vulvovaginal candidiasis with 47.8%, 17.3% with bacterial vaginosis and 11.5% with vaginal trichomoniasis. The Association of these infections were diagnosed in 15.9% of women; cervicitis in 33.3% and 7.2% of the cases the vaginal content was considered physiological. Evaluated the effectiveness of sindrónica approach through the exhaustive review of antenatal cards, in addition to the satisfaction of the professionals and pregnant women by the assistance provided and received respectively, related to the mass handling. The analysis allowed us to highlight the impact of this intervention model which is considered effective when getting after its application to clinical cure in 56.5% of cases of vaginitis and cervicitis treatment exceeded 50%. However, if found, lack of professional training in sindrónica approach. We recommend conducting an intervention empower you to all healthcare professionals primary services involved in this task.

**Keywords:** Syndromic Approach, STDs, Vaginal Discharge.

## SUMÁRIO

<b>1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Introdução.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Objetivos: Geral e Específicos (se houver os últimos).</b>	<b>15</b>
<b>2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>	<b>16</b>
<b>3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>4CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>36</b>



## 1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

### 1.1 Introdução

As infecções cérvico-vaginais ocorrem com uma incidência de 7 - 20% das mulheres, por ano. Seu significado e importância clínica estão relacionadas com implicações sociais, o risco de infecção para um parceiro sexual e, no caso das mulheres grávidas, os riscos para o feto e recém-nascido <sup>1, 2</sup>. A realização de estudos de detecção, a identificação, a educação e o tratamento são componentes importantes da atenção pré-natal nas mulheres com maior risco de apresentar estas infecções, reconhecidas por alguns autores como Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Em consequência, as encontradas com frequência são: a Vaginites causadas fundamentalmente por Tricomonomoses, a Vaginose Bacteriana (VB) e a Candidoses, que representam cerca de 90% das desordens de origem infecciosa do trato genital feminino, e são as três doenças mais comumente associadas com corrimento vaginal; a Cervicite: dada por Gonorréia e Clamídias, aparece com menos frequência <sup>3, 4</sup>.

A VB é causada por um desequilíbrio do ecossistema vaginal com redução ou desaparecimento dos *Lactobacillus* e aumento nas concentrações de bactérias anaeróbias facultativas ou estritas (*Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma*, *Mobiluncus*, *Peptostreptococcus*, entre outras). Além dos sintomas desagradáveis (corrimento, odor fétido durante as relações sexuais), pode se associar a complicações como doença inflamatória pélvica (DIP) e infecções pós-cirúrgicas. Na gravidez, a prevalência desta patologia parece ser a mesma daquela na mulher não-grávida. Contudo, há forte tendência de sua associação com amnionite, prematuridade e infecção puerperal <sup>5</sup>.

Outra causa de corrimento vaginal é a tricomoníase, infecção causada por *Trichomonas vaginalis*, agente etiológico de vaginite e também de cervicites e uretrites em mulheres. Associa-se também com dor pélvica crônica, DIP e infertilidade. Durante a gestação, associa-se com taxas elevadas de corioamniorrexe prematura e baixo peso fetal <sup>6</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 170 milhões os casos de tricomonose no mundo, anualmente, em pessoas entre 15 e 49 anos, com a maioria (92%) ocorrendo em mulheres. Essa infecção é a doença sexualmente transmissível (DST) não viral mais comum no mundo <sup>3</sup>.

A candidíase vulvovaginal é causada, na maioria das vezes, pela *Cândida albicans*, mas pode ser causada por outras espécies do gênero *Cândida*, entre eles as espécies *glabrata* e *paratropicalis* <sup>7</sup>.

Endocervicite mucopurulenta (ou simplesmente endocervicite) é a expressão clínica da inflamação do epitélio colunar do colo uterino. Estudos têm demonstrado que, na maioria absoluta das vezes, a etiologia das endocervicites está relacionada com infecção por *Chlamydia trachomatis* e ou por *Neisseria gonorrhoeae* <sup>8</sup>. Embora a infecção seja assintomática em 70%-80% dos casos, a mulher portadora de endocervicite poderá desenvolver graves complicações se não for tratada adequadamente. Endocervicites prolongadas, sem a abordagem correta podem se estender ao endométrio e às trompas, causando DIP, sendo a esterilidade, a gravidez ectópica e a dor pélvica crônica as suas principais sequelas. Por isso é importante, como rotina, a avaliação de critérios de riscos utilizando a anamnese e sinais observáveis pelo exame ginecológico <sup>6</sup>.

As DST são doenças transmitidas por via sexual que se manifestam através de síndromes e segundo Ministério da Saúde as principais são: úlceras (Sífilis, Cancro Mole, Herpes, Donovanose, Linfogranuloma), corrimentos (VB, Candidíase, Gonorréia, Clamídia, Tricomoniase) e verrugas (Condiloma) <sup>9</sup>. Estão entre as cinco principais causas de procura por serviço de saúde e constituem um grupo de doenças endêmicas de múltiplas causas, que incluem as doenças venéreas clássicas, e um número crescente de entidades clínicas e síndromes que têm como traço comum a transmissão durante a atividade sexual. Além do alto risco de disseminação, a importância dessas doenças está em poderem ocasionar graves danos à saúde do indivíduo acometido. As consequências podem incluir desde distúrbios emocionais, DIP, infertilidade, lesões fetais até câncer, além de facilitarem a transmissão do vírus HIV. Levando-se em conta que muitas ISTs são assintomáticas e os casos sintomáticos frequentemente não são percebidos como patologias pelos doentes e/ou não diagnosticadas pelos serviços, o problema fica ainda maior, acometendo principalmente adultos em idade reprodutiva <sup>3</sup>.

A identificação precoce dessas infecções em gestantes é considerada um desafio à saúde pública, pois as mesmas são relativamente frequentes e o risco de transmissão materno fetal (vertical) é alto, podendo ocorrer durante a gestação, no

momento do parto ou durante o aleitamento materno. Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às ISTs não tratadas em gestantes. Diante do contexto de alta prevalência de infecções ginecológicas durante o período gestacional e da gravidade das intercorrências que elas podem causar; faz-se necessário o delineamento epidemiológico de gestantes durante a consulta ginecológica, como forma de identificação dos fatores de risco que tornam as gestantes mais vulneráveis <sup>10, 11</sup>.

A ocorrência de casos de ISTs vem aumentando nos últimos anos; pela sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade de controle, devem ser priorizadas enquanto agravos em saúde pública <sup>12, 13</sup>. Esse aumento ocorre em consequência das baixas condições econômicas e culturais, das péssimas atuações dos serviços de saúde, do despreparo dos profissionais de saúde e de educação, da falta de uma educação sexual adequada, principalmente voltada para os jovens. A ineficácia dos serviços de saúde é notória; a notificação inadequada faz com que as estatísticas sejam falhas, dificultando a orientação de ações necessárias para o controle dessas doenças. A automedicação, a prescrição por pessoas inabilitadas, a promiscuidade sexual, a dificuldade de investigação dos parceiros sexuais, resistência aos antibióticos, e o uso inadequado de métodos contraceptivos favorecem a disseminação destas patologias. A partir de 1989, ocorre uma transição do perfil epidemiológico resultando na heterossexualização (aumento dos casos na categoria de exposição heterossexual), feminização (aumento dos casos no sexo feminino), pauperização (atingindo a população com baixo nível socioeconômico) e a interiorização (atingindo municípios com menor número de habitantes) <sup>9</sup>.

As ISTs estão entre os problemas de saúde pública mais comum no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV <sup>14, 15</sup>; representam um grave problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento por suas repercussões na saúde, sociais e econômicas <sup>14, 9,10</sup>. Além das internações e procedimentos necessários para tratamento de suas complicações, causam, também, grande impacto social que se traduz em custos indiretos para a economia do país. Os índices de incidência e prevalência são muitos mais altos nos países em desenvolvimento, nos quais o tratamento para ISTs é menos acessível. Embora não se conheça a real magnitude do problema, hoje estima-se que nos países em

desenvolvimento estão entre as 5 causas mais frequentes de procura por serviços de saúde e constituem a segunda maior causa de morbidade entre mulheres de 15 e 45 anos <sup>10</sup>.

Com a descoberta da penicilina, na década de 40, as epidemias de algumas ISTs começam a recuar. Nos anos 60/70, com a descoberta da pílula anticoncepcional e com a maior liberdade sexual entre os jovens, voltam a aumentar os números de casos de ISTs em todo o mundo. Nos anos 80/90, observou-se aumento dramático dos casos de sífilis e gonorréia, muitos dos quais têm ocorrido na população adolescente e de adultos jovens <sup>16</sup>.

A partir do 11 de agosto de 1996 a OMS, substituiu o termo de Enfermidades de Transmissão Sexual (ETS) por infecções sexualmente transmitidas (ISTs), por resultar o primeiro inapropriado para designar no caso de infecções assintomáticas, as quais constituem um problema maior no tratamento destas afecções <sup>17</sup>, e neste mesmo ano foi implantada a vigilância epidemiológica das DST <sup>13</sup>.

Em 1999, a OMS estimou que ocorrem, no mundo, cerca de 340 milhões de casos novos de ISTs curáveis por ano (gonorréia, Clamídia, Sífilis, chancro mole e tricomoníase), entre 15 e 49 anos <sup>10, 11</sup>, e aproximadamente 1 milhão de infecções ocorrem a cada dia <sup>15, 16</sup>. Dos afetados, 90% vive em países em desenvolvimento, nos que se produz o 95% de todas as mortes causadas por uma de estas infecções, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Somente para Latinoamérica e o Caribe se estimaram entre 35 e 40 milhões de casos com mais de 100 mil infecções promeio por dia <sup>17</sup>.

No Brasil não há dados objetivos, principalmente porque á exceção da Aids e da Sífilis Congénita, as ISTs não são doenças de notificação compulsória. Além disso, a maioria dos casos são "atendidos" e medicados diretamente nas farmácias ou nos consultórios privados. Entretanto, segundo estimativas da OMS, baseadas em alguns dados nacionais, ocorrem a cada ano entre 10 e 12 milhões de casos curáveis <sup>10</sup>; a VB, junto com a Trichomoníase e a Candidíase, correspondem a 24,30% dos casos de infecções vaginais, sendo a VB presente em 14,37 - 16,00%, a Trichomoníase em 4,20 - 4,61% e a Candidíase em 3,69 - 3,05% <sup>18</sup>.

Similar comportamento registrou-se no Município de Mansidão onde a existência dos protocolos de atendimento à mulher nas UBS restringe-se à assistência para prevenção e controle dos cânceres do colo de útero e mama, planejamento familiar e pré-natal. A ausência de documentos norteadores de abordagem da saúde das mulheres que vivem com DST/Aids, evidência o não tratar a saúde da mulher de forma integral, enfatizando a saúde sexual e reprodutiva da mulher. O atendimento imediato de uma ISTs não é apenas uma ação curativa; é também uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações. Ao agendar a consulta para outro dia, pode ocorrer o desaparecimento dos sintomas desestimulando a busca por tratamento. Como consequência, a infecção pode evoluir para formas crônicas graves e se mantém a transmissão. A espera em longas filas, o agendamento para nova data, a falta de medicamentos e a discriminação e/ou falta de confidencialidade são fatores que induzem à busca de resolução fora do sistema formal de saúde <sup>19, 20, 11- 13</sup>.

A oferta de diagnóstico e tratamento de ISTs tem um histórico totalmente diferente. Até os anos 1980 eram vistas primordialmente como uma doença que afetava mais homens que mulheres, que exigia mais tratamento que prevenção, e de menor importância para a saúde pública. Em consequência, e dado o estigma das ISTs, tais serviços recebiam pouca atenção e recursos do setor público, sendo que grande parte desses serviços era prestada por poucas clínicas especializadas de grandes hospitais, frequentemente associados a departamentos de dermatologia. Por conseguinte, muitas pessoas fazem autodiagnóstico e autotratamento, sendo que a maioria dos tratamentos para ISTs (em grandes partes ineficazes) continua sendo disponibilizada por farmacêuticos, drogarias e curandeiros, apesar de que os serviços de saúde do setor privado também desempenharem um papel significativo. Esta situação começou a mudar nos anos 1980 quando a alta prevalência de ISTs entre mulheres e homens na África Subsaariana foi documentada <sup>21</sup>.

Tentando vencer a limitação das técnicas utilizadas para firmar o diagnóstico etiológico de algumas ISTs, desde 1991, a OMS introduziu o conceito de abordagem sindrômica. Consequentemente, o Programa Nacional de DST e Aids (PNDST/Aids), do Ministério da Saúde, no Brasil, recomenda, desde 1993, a abordagem sindrômica para o manejo de pacientes com estas doenças <sup>22, 23</sup>, pois auxilia o profissional que realiza o atendimento, visando diagnosticar, tratar, evitar as

complicações advindas das ISTs, interromper a cadeia de transmissão e cessar os sintomas <sup>12, 10, 20</sup>. Com isso, reduzindo o risco de infecção pelo HIV. Assim, as ISTs na gestação tem crescentemente merecido a atenção dos profissionais desta área, que as apontam como importantes problemas que acarretam repercussões para a mulher e concepto. Além disso, a produção científica é reduzida em relação a esta temática, e não esclarece sobre condutas terapêuticas utilizadas pelo Enfermeiro na consulta de pré-natal, principalmente no que diz respeito ao trabalho que desenvolve na Estratégia de Saúde da Família <sup>24</sup>.

Foi elaborada para suprir as necessidades de alguns países com altas taxas de ISTs e escassos recursos laboratoriais e é recomendada a sua utilização em locais com falta de recursos diagnósticos ou nos casos em que se aguarda o resultado de exames laboratoriais. Portanto uma única consulta deve prover diagnóstico, tratamento e aconselhamento, além de acesso aos insumos de prevenção, quando necessários, e coleta de material para exames laboratoriais <sup>20</sup>. Baseia-se pela queixa principal da usuária e pelos achados clínicos detectados pelo profissional médico ou enfermeiro, que define a prevalência dos agentes etiológicos implicados em cada síndrome <sup>9</sup>.

Essa forma de abordagem foi sugerida na segunda metade da década de 70 por pesquisadores e médicos de saúde pública trabalhando na África subsahariana, onde havia grande número de acometidos pelas ISTs e em condições de pobreza extrema. A ideia foi desenvolvida para as condições específicas locais e os recursos disponíveis. Posteriormente, a OMS promoveu-o globalmente na forma de algoritmos. A aceitação ocorreu pela rápida disseminação da HIV/ AIDS e pela aparente eficácia do método. Em meados dos anos 90, o interesse no controle do HIV encorajou sua adoção pelos programas nacionais de controle das DST <sup>22</sup>. Em 1998 foi realizado um estudo multicêntrico validando o fluxograma de corrimento vaginal adotado no Brasil <sup>25</sup>.

A abordagem sindrômica das DST's classifica os principais agentes etiológicos, segundo as síndromes clínicas por eles causados; utiliza fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome; indica o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes na síndrome; inclui a atenção dos parceiros, o aconselhamento e a educação sobre redução de risco, a

adesão ao tratamento e o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos, além da oferta da sorologia para sífilis, hepatites e para o HIV <sup>12, 26</sup>. As infecções mistas ocorrem com frequência; consequentemente, os custos com o tratamento em excesso são compensados pelos custos elevados que advirão ao se deixar de tratar pessoas com infecções mistas ou sem os sintomas específicos de uma determinada doença <sup>16</sup>.

## **Justificativa**

Tendo em vista a elevada incidência das queixas de corrimento vaginal nas consultas de pré-natal na rotina das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), o manejo inadequado dos casos, as repercussões das ISTs nas gestantes e recém-nascidos, a não disponibilização de insumos laboratoriais para identificar o agente causal, a existência de meios para seu controle, e a possibilidade de êxito com o manejo sintomático, com o objetivo de melhorar a qualidade da saúde da mãe e o conceito, se propõe, retomar a abordagem sintomática do corrimento vaginal em gestantes em todas as UBSF, motivo pelo qual se realizou esta investigação, sem precedentes no município. Com o manejo sintomático pretendeu-se melhorar a qualidade da assistência no Pré-natal das mulheres que vivem com estas doenças e, consequentemente, sua qualidade de vida, com base nos fluxogramas já existentes, através das linhas de condutas publicadas pelo Ministério da Saúde <sup>19</sup>, consolidando o compromisso que vem sendo proposto pelas atuais Políticas Públicas específicas para a população feminina, tanto a nível nacional quanto de Atenção Integral à Saúde da Mulher <sup>9</sup>.

Com o objetivo de aperfeiçoar a qualidade da saúde reprodutiva, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda a abordagem sintomática para o manejo de pacientes com DST, com a validação de fluxogramas de conduta <sup>27, 23, 25</sup>, normas e protocolos de atuação que auxiliarão o profissional da atenção básica que realiza o atendimento, na tomada de decisões para o diagnóstico destas doenças, no obstante, em nosso meio, se mantém elevada a incidência de corrimento vaginal e a provada relação existente entre as infecções cervico-vaginais e as complicações durante a gravidez e o parto.

O objeto de estudo desta investigação o constitui a atenção às gestantes com queixa de corrimento vaginal.

O campo de ação está dado pela abordagem sindrômica do corrimento vaginal.

**Hipótese:**

A correta aplicação da abordagem sindrômica nas gestantes com queixa de corrimento vaginal permitirá alcançar um impacto final em relação à redução na incidência das ISTs e suas implicações negativas sobre a mãe e o produto da concepção, melhorando sua saúde e qualidade de vida.

**1.2 Objetivo Geral**

Contribuir na redução da incidência das ISTs e suas implicações negativas sobre a mãe e o produto da concepção por meio da abordagem sindrômica do corrimento vaginal em gestantes atendidas nas UBSF do Município de Mansidão, Estado Bahia, no período compreendido de maio a agosto de 2014.

**2 ANÁLISE ESTRATÉGICA****2.1 Tipo de estudo**

Em conformidade com o preconizado pela OMS e do Ministério da Saúde no Brasil 28 desenvolveu-se um estudo de intervenção, descritivo, com delineamento transversal nas três UBSF do Município de Mansidão, Estado Bahia, no período de junho a agosto de 2014.

**2.2 Cenários de intervenção**

Os cenários compreendidos no estudo foram: as Equipes de Saúde da Família (ESF), pertencentes às três UBSF do município.

O Município de Mansidão, constituído no ano de 1985 nasceu do desmembramento do município de Santa Rita de Cássia, localiza-se na região oeste do Estado da Bahia, e integra a 25ª Diretoria Regional de Saúde do Estado, cuja sede é a cidade de Barreiras; possui uma área territorial de 3.142, 83 Km<sup>2</sup>. O clima



é muito quente e seco, com baixo índice de chuvas nos meses de novembro a fevereiro, com períodos prolongados de estiagem, e apresenta uma temperatura anual que varia de 26oC a 32oC. Conta com uma população de aproximadamente 12. 592 habitantes. Tem como principal atividade econômica a pecuária de corte, a caprinocultura e a economia de subsistência: o milho, a mandioca e o feijão.

O Sistema Municipal de Saúde de Mansidão apresenta capacidade instalada para a realização do serviço primário. Dispõe de 3 UBSF, de fácil acesso, instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham e estudam; com uma estrutura física adequada, têm os mobiliários, equipamentos e instrumentais imprescindíveis que prevê o trabalho de uma ESF e os espaços básicos para o atendimento dos pacientes em condições aceitáveis. Além disso, uma equipe multiprofissional, composta por um médico generalista, um enfermeiro generalista, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A proposta foi desenvolvida nas áreas de abrangência destas unidades a partir da análise situacional baseados em registros da equipes, onde as ISTs estão entre as cinco principais causas de procura por serviço de saúde no território e além do alto risco de disseminação, ocasionam graves danos à saúde do indivíduo acometido.

As consultas de pré-natal são realizadas nas UBSF ou durante visitas domiciliares segundo a programação, em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro.

## **2.3 Procedimentos de Intervenção**

### **População e amostra**

Para o presente estudo, optou-se por abordar todas as gestantes que estivessem fazendo o acompanhamento pré-natal nas UBSF do município no referido período e que apresentaram achados clínicos de infecções vaginais obtidos por meio do fluxograma de corrimento vaginal. Foram excluídas as pacientes atendidas na atual gestação em outras clínicas de pré-natal ou UBSF pela possibilidade de tratamento prévio recente de alguma ISTs.

### **Critérios para os prestadores de saúde:**

- Ser médico(a) ou enfermeiro(a) das UBSF com atuação há mais de um ano e encontrasse laborando durante a investigação.
- Aceitar participar do estudo voluntariamente.

Coordenar-se um encontro com os profissionais vinculados à assistência às gestantes nas UBSF selecionadas: 3 médicos clínicos, 3 enfermeiros/as, 3 auxiliares de enfermagem e 28 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os que exercem grande influência na prevenção e no controle das ISTs, se valorou o objetivo da investigação e os benefícios que proporciona à Atenção Básica de Saúde, tendo em conta que se corresponde com os programas priorizados pelo Ministério da Saúde no Brasil, o qual permitirá alcançar a excelência nos serviços de saúde, assim como valorar elementos que se devem solucionar de índole subjetiva e objetiva. Os profissionais das equipes receberam um treinamento pela autora do estudo baseado na implementação da abordagem sindrômica do corrimento vaginal com ênfases nas grávidas, sendo incorporada esta estratégia a sua rotina do trabalho.

### **Instrumentos e procedimentos de coleta de dados:**

Nesta etapa se organizou e executou o processo a fim de obter a informação necessária para fazer o projeto. Para cumprir este propósito nos apoiamos nas seguintes fontes de informação:

- Fichas de pré-natal.
- Questionários.
- Entrevistas.
- Protocolo e fluxograma para a abordagem sindrômica de corrimento vaginal.
- Sistema de vigilância epidemiológica da unidade.
- Registros da equipe.
- Fichas de Notificação de Casos de DST – SINAN.
- Consulta ao SIAB.
- Estudo da literatura científica.
- Registro de medicamentos da Farmácia Básica de Mansidão.
- Bens/móveis das UBSF.

Para alcançar os objetivos propostos:

1. Realizou-se uma caracterização da população objeto de estudo para o qual se teve em conta variáveis sócio-demográficas (idade, procedência; grau de instrução; profissão/ocupação; estado civil/união)
2. Identificaram-se os diferentes tipos de vulvovaginites em gestantes com achados clínicos obtidos por meio de fluxogramas de corrimento vaginal, sintomáticas ou não (Anexo I).
3. Estimou-se a disponibilidade de recursos humanos e materiais nas UBSF em relação às intervenções prioritárias para a abordagem sindrômica do corrimento vaginal em gestantes. Desenhou-se uma guia estruturada (Anexo II) a fim de determinar se as unidades possuíam os equipamentos e instrumentais mínimos para executar o serviço e se os mesmos cumpriam com os requisitos indispensáveis para seu funcionamento. A unidade de análise esteve representada pelas UBSF selecionadas para o estudo (N-3), onde laboram os profissionais: médico (a)s (N-3) e enfermeiro (a)s da família (N-3), que atuam na assistência às usuárias com diagnóstico de ISTs.
4. Aplicabilidade e valoração da eficácia da abordagem sindrômica no diagnóstico e tratamento das vulvovaginites em gestantes. Avaliou-se através da exaustiva revisão das fichas de pré-natal das mulheres portadoras. Utilizou-se o fluxograma de conduta de abordagem sindrômica para corrimento vaginal sem microscopia adotado no Brasil, que inclui a anamnese com avaliação de risco e exame ginecológico com especulo, além do protocolo de tratamento para o manejo sindrômico do corrimento vaginal em gestantes (Anexo III). Elaborou-se uma planilha de preenchimento (Anexo IV), com perguntas semiestruturadas do tipo binário, ou seja, àquelas cujas únicas repostas possíveis sejam SEM ou NÃO. Tendo em conta que as perguntas binárias podem esconder muitas considerações de detalhes que poderiam ser significativas, o modelo empregado constou de um espaço para registrar observações, situações não previstas, critérios novos ou interrogantes que surgiram.

### **Operacionalização das variáveis**

As seguintes variáveis foram analisadas:

1. Sociodemográficas: Idade (em anos completos), procedência (urbano/rural); grau de instrução (secundário, primário, universitário, nenhum); profissão/ocupação; estado civil/união (casada, solteira, estável).
2. Síndromes clínicas: corrimento vaginal e/ou cervicite. A definição dessas variáveis obedeceu à classificação diagnóstica para o atendimento pela abordagem sindrômica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).
3. Recursos humanos: Se precisaram os médicos, enfermeiros e ACS que se achavam laborando no momento da investigação e se os mesmos receberam a capacitação sobre a abordagem sindrômica do corrimento vaginal em gestantes.
4. Recursos materiais: Se tiveram em conta se os locais de consultas tinham as condições adequadas para atendimento à gestante na unidade de saúde (mesa e cadeiras para entrevista, privacidade, abasto de água, boas condições de higiene, ventilação e iluminação), mesa de exame ginecológico e foco de luz em bom estado, espéculos ginecológicos de diferentes tamanhos (grandes, medianos, pequenos), Luvas, disponibilidade de fluxograma desenhado para o manejo sindrômico, de preservativos e de medicamentos essenciais em quantidade suficiente.
5. Eficácia da abordagem sindrômica no diagnóstico e tratamento das vulvovaginites em gestantes: quando médicos (as) e/ou enfermeiros (as) realizaram o exame com espéculo vaginal á gestante ao culminar o tratamento e à alta se tiveram em conta os critérios seguintes:
  - Término do tratamento.
  - Remissão dos sintomas clínicos.
  - Desaparição dos sinais clínicos que foram detectados em vagina e/ou colo uterino através do exame com especulo.

Os dados das variáveis que não constatarem informações na ficha de pré-natal foram consideradas ignoradas.

### **Procedimento para a tabulação de dados**

A coleta dos dados foi realizada por meio das fichas de pré-natal e prontuários das pacientes. Os dados obtidos foram inseridos no fluxograma de corrimento vaginal a fim de realizar a identificação da síndrome apresentada pela

gestante, anotados no prontuário da unidade e compilados e analisados por meio de um computador Philco com ambiente de Windows 7, onde se criou uma base de dados em Sistemas Microsoft Excel com ajuda do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0.

### **Análise estatística**

Para a análise e interpretação dos dados, utilizou-se a percentagem como medida de resume para variáveis qualitativas e as cifras absolutas para variáveis quantitativas. Desenharam-se quadros de distribuição de frequências para revelar os resultados alcançados, os quais foram analisados a partir da experiência do autor da investigação baseados na revisão da literatura, consensos de especialistas e materiais disponíveis em publicações científicas acerca da abordagem sindrômica das ISTs o que permitiu arribar a conclusões e emitir as recomendações pertinentes.

### **2.4 Aspectos éticos e legais**

Considerou-se o respeito devido pela dignidade humana e pela especial proteção das participantes, tendo em conta os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Para isto se elaborou uma planilha de consentimento livre e esclarecido das participantes (Anexo V) que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestaram sua anuência à participação na investigação.

### **3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

As ISTs podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional; pela sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade às ações e factibilidade de controle, as mesmas devem ser priorizadas. A assistência às ISTs deve ser realizada de forma integrada pelo Programa de Saúde da Família, UBSF e serviços de referência regionalizados. O primeiro, pelas suas características, pode facilitar o acesso ao cuidado e a busca de parceiros sexuais, enquanto as UBSF e os últimos devem exercer um papel fundamental no tratamento adequado e seguimento clínico 8.

O reconhecimento da importância das vulvovaginites e sua associação com ISTs e com prognósticos reprodutivos adversos têm levado à busca por melhores e mais amplos tratamentos cujo sucesso frequentemente depende de um diagnóstico precoce, neste sentido, propõe-se o uso de abordagem sindrômica do corrimento vaginal com ênfases nas gestantes, que se baseia em fluxogramas de conduta conforme recomenda o Ministério da Saúde no Brasil 8, conseguindo a ampla adesão da proposta pelas mulheres e profissionais da saúde, visando uma melhor

qualidade no atendimento que refletirá em uma gestação mais saudável e de qualidade.

## RESULTADOS

**Tabela 1. Variáveis sociodemográficas nas gestantes atendidas pela abordagem sindrômica. Bahia, Mansidão, Brasil, 2014.**

Variáveis  sociodemográficas	Procedência				Total	
	Urbano		Rural			
	No	%	No	%	No	%
<b>Faixa etária (em anos completos)</b>						
≤19	2	13,3	12	22,2	14	20,2
20 - 29	8	53,3	30	55,5	38	55
30 - 39	5	33,3	11	20,3	16	23,1
≥40	0	0	1	1,8	1	1,4
Total	15	21,7	54	78,2	69	100
<b>Grau de instrução</b>						
Nenhum	0	0	5	9,2	5	7,2
Primário	2	13,3	27	50	29	42
Secundário	11	73,3	20	37	31	44,9
Universitário	2	13,3	2	3,7	4	5,7
<b>Profissão/ocupação</b>						
Lavradora	8	53,3	41	75,9	49	71
Professora	2	13,3	2	3,7	4	5,7
Agente de saúde	1	6,6	0	0	1	1,4
Recepcionista	2	13,3	0	0	2	2,8
Operador de caixa.	0	0	1	1,8	1	1,4
Dona de casa	2	13,3	10	18,5	12	17,3
<b>Estado civil/união)</b>						
Solteira	6	40	11	20,3	17	24,6
Estável	1	6,6	30	55,5	31	44,9
Casada	8	53,3	13	24	21	30,4

**Fontes:** Fichas de pré-natal e prontuários das gestantes.

Tendo em conta variáveis sócio-demográficas realizou-se uma caracterização das 69 gestantes atendidas pela abordagem sindrômica (Tabela 1), 15 delas (21,7 %), residentes de zona urbana e 54 (78,2 %) de zona rural.

As gestantes participantes do estudo eram majoritariamente adultas jovens, predominante entre 20 e 29 anos de idade (55 %). Observou-se que 14 (20,2 %) eram adolescentes que tinham de 15 a 19 anos. Não se constatou nenhuma embaixo desta faixa etária.

Em relação ao grau de instrução, observou-se que a maior parte 31(44,9%) possuíam um nível Secundário, 29 (42%) referiram ter nível Primário, apenas 4 (5,7%) tinham um nível Universitário no momento do estudo e 5 (7,2%) referiram que não tinham nenhum grau de escolaridade.

A ocupação das gestantes foi diversificada, sendo as citadas: Lavradoras: 49 (71%), Professoras: 4 (5,7%), Agente de saúde: 1 (1,4%), Recepcionistas: 2 (2,8%), operadora de caixa: 1 (1,4 %). As demais mulheres: 12 (17,3%) não informaram nenhum tipo de atividade laboral remunerada.

Das 69 gestantes, 17 (24,6%) referiram estar solteiras; 31 (44,9%) tinham união estável e 21 (30,4%) eram casadas.

Num estudo desenvolvido no Centro de Parto Natural Lígia Barros Costa em Fortaleza, Ceará, as gestantes se encontravam na faixa etária adulta jovem, período recomendado para gestar, mas, o elevado número de gestantes adolescentes se tornou preocupante devido aos riscos inerentes à gestação e semelhante a nosso estudo, predominam as uniões estáveis e de parceiras fixa (Lima TM et al., 2011).

Segundo Nascimento et al., 2009, tal fato pode ser considerado positivo, visto que um companheiro durante o período gestacional pode fornecer apoio emocional à mulher, aspecto ainda mais relevante na gravidez na adolescência. A presença de um parceiro estável e primordial para o desenvolvimento de uma gestação sem riscos, reduzindo os receios e angústias das gestantes.



**Tabela 2. Disponibilidade de Recursos Humanos nas UBSF. Bahia, Mansidão, Brasil, 2014.**

<b>Recursos Humanos nas UBSF</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Médico(a)s laborando.	3	100
Médico(a)s capacitado(a)s.	3	100
Enfermeiro(a)s laborando.	3	100
Enfermeiro(a)s capacitado(a)s.	3	100
ACS laborando.	32	100
ACS capacitados	28	87,5

**Fonte:** Guia de avaliação.

**Tabela 3. Recursos materiais segundo critérios selecionados. Bahia, Mansidão, Brasil, 2014.**

<b>Recursos Materiais</b>	<b>SIM</b>		<b>NÃO</b>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Locais de consultas adequados.	3	100	0	0
Mesas e cadeiras para entrevista.	3	100	0	0
Mesa de exame ginecológico e foco de luz em bom estado.	3	100	0	0
Stock de espéculos ginecológicos de diferentes tamanhos (grandes, medianos, pequenos)	3	100	0	0
Stock de Luvas.	3	100	0	0
Disponibilidade de fluxograma.	3	100	0	0
Stock de condom ou preservativos.	3	100	0	0
Autoclaves.	2	66,6	1	33,3
Disponibilidade de medicamentos na Farmácia Básica.	8	72,7	3	27,2

**Fonte:** Guia de avaliação.

Nas tabelas 2 e 3 estimou-se a disponibilidade de recursos humanos e materiais respectivamente, em relação às intervenções prioritárias para a implementação do manejo sindrômico; para esta última se desenhou uma guia de avaliação a fim de determinar se as UBSF tinham os equipamentos e instrumentais mínimos para a assistência às usuárias com diagnóstico de DST e se os mesmos cumpriam com os requisitos indispensáveis para seu funcionamento.

Observou-se que nas UBSF se encontravam disponíveis os recursos humanos capacitados: médico(a)s: 3 (100%), enfermeiro(a)s: 3 (100%) e 28 (87,5%) dos ACS, para garantir a atenção às grávidas com queixa de corrimento vaginal, assim como os recursos materiais necessários para a execução deste método. A infraestrutura disponível para o exame físico; uma sala com privacidade, mesas e cadeiras para a entrevista, mesa de exame ginecológico, espelhos, luvas e boas condições de higiene, abastecimento de água, ventilação e iluminação, são requisitos necessários para a factibilidade do fluxograma, o qual deve estar no local utilizado para o diagnóstico da síndrome. O uso de condom ou preservativo constituiu uma medida eficaz para evitar o contágio, daí, que nas UBSF se mantém em quantidade suficiente, assim como, uma autoclave em bom estado em duas delas (66,6 %), permitindo a esterilização oportuna do material a utilizar; provisão de 8 medicamentos de amplo espectro na Farmácia Básica, de fácil acesso e sem custo algum, que englobam as principais causas de DST, com uma cobertura suficiente para a atenção das pacientes e seus parceiros sexuais.

**Tabela 4. Diagnóstico clínico segundo fluxograma de corrimento vaginal. Bahia, Mansidão, Brasil, 2014.**

<b>Síndromes clínicas</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Gestantes	92	100
Mulheres com queixa de corrimento vaginal.	69	75
Diagnóstico clínico por fluxograma		
Tricomoníase	8	11,5
Vaginose Bacteriana	12	17,3
Candidíase	33	47,8
Mista	11	15,9
Causa fisiológica	5	7,2

Cervicite presente	23	33,3
Cervicite ausente	46	66,6

**Fontes:** Fichas de pré-natal e prontuários das gestantes.

Todas as gestantes estavam fazendo acompanhamento pré-natal intercalado entre médico e enfermeiro. De acordo com os achados clínicos obtidos pela anamneses e exame ginecológico, os profissionais identificaram a síndrome correspondente (Tabela 4). Pelo diagnóstico clínico inicial, mostrou-se uma eficaz correlação entre a identificação do microorganismo e os sintomas relatados pelas pacientes.

As gestantes com queixa de corrimento vaginal: 69 constituíram 100% da amostra e durante o exame especular, o corrimento vaginal foi identificado em todas as mulheres (100%), houve predomínio da candidíase vulvovaginal (CVV): 33 (47,8%), seguida da vaginose bacteriana (VB):12 (17,3%). A ocorrência de tricomoníase vaginal (TVV) foi diagnosticada clinicamente em apenas 8 (11,5%) das pacientes. Merece destaque que em 11 (15,9%) das mulheres não foi possível precisar o agente etiológico e a infecção foi diagnosticada como mistas sugestivas de CVV associada à VB, CVV e TVV ou VB associada à TVV. A cervicite se constatou em 23 (33,3%) dos casos e em 5 (7,2%), o conteúdo vaginal foi considerado fisiológico.

No mesmo estudo realizado por Lima TM et al., 2011, se analisou, que 15,4 % da população que apresentava corrimento vaginal ao exame especular, não o referiu na anamneses, assim com 53,8 % discordou da coloração observada ao exame, considerando que a descrição subjetiva da paciente em relação às características inerentes ao corrimento, nem sempre podem ser uteis para a identificação da infecção vaginal. Além disso, 55,6 % das mulheres referiram odor do corrimento vaginal, sendo diagnosticado como fisiológico inferindo que as mulheres superestimaram os sintomas.

Uma vez aplicada a abordagem sindrômica se valorou a eficácia no diagnóstico e tratamento das vulvovaginites através da exaustiva revisão das fichas de pré-natal das mulheres portadoras durante o período de estudo, conforme os resultados seguintes:

**Tabela 5. Eficácia da abordagem sindrômica no diagnóstico e tratamento das vulvovaginites nas gestantes. Bahia, Mansidão, Brasil, 2014.**

Alterações	Basal		Dia 8-10	
	N	%	N	%
<b>Corrimento vaginal</b>				
Ausente	0	0	39	56,5
Leve	15	21,7	19	27,5
Moderado	43	62,3	10	14,4
Acentuado	11	15,9	1	1,4
<b>Cervicites</b>				
Ausente	46	66,6	59	85,5
Leve	17	24,6	7	10,1
Moderada	4	5,7	2	2,8
Acentuada	2	2,8	1	1,4

**Fonte:** Fichas de pré-natal e planilha de preenchimento.

Mediante o exposto na tabela 5, é possível perceber mudanças significativas na evolução dos sintomas de corrimento vaginal e das alterações físicas genitais sugestivas de vulvovaginite e/ou cervicite que apresentavam as mulheres antes (basal) do uso da abordagem sindrômica, a partir do qual se constatou notável redução ou remissão dos sintomas e dos sinais que foram detectados em vagina e/ou colo uterino através do exame especular, sendo que a cura clínica ocorreu em 39 (56,5%) dos casos de vaginite e a cura no tratamento da cervicites excede 50%.

Na primeira consulta as mulheres foram examinadas e tratadas, utilizando a abordagem sindrômica, conforme normas estabelecidas pelo fluxograma de corrimento vaginal proposto, que contém as informações básicas necessárias para o manejo destes pacientes; além da avaliação de critérios de riscos abordados durante a anamnese para a identificação das mulheres com maior possibilidade de infecção cervical, cujas causas mais comuns são infecção por gonococo e/ou clamídia e sinais observáveis pelo exame ginecológico (corrimento mucopurulento proveniente do orifício externo do colo do útero, acompanhado ou não por hiperemia, ectopia ou colpíte), oferece a realização de um conjunto de ações essenciais complementares tais como: aconselhamento, oferecer anti-HIV, VDRL, hepatites B e C, vacinar contra hepatite B se a idade for < 30 anos disponível nas

UBSF, as intervenções para adesão ao tratamento, notificar o caso no formulário apropriado, estratégia de comunicação e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is) e agendar retorno para avaliar a eficácia do tratamento (BRASIL, 2006). O município conta com serviço de laboratório para a coleta das amostras para realização dos exames de VDRL e anti-HIV.

Durante a entrevista, nenhuma gestante referiu haver realizado tratamento prévio para DST. Ao exame especular, a presença de corrimento vaginal constatou-se em todos os casos (100%). A que referiu dois ou mais sintomas supracitados e um ou mais sinais (corrimento vaginal, alterações vulvares, vaginais ou cervicais) de vaginites foram clinicamente diagnosticadas e tratadas como tal. Foi prescrito o uso da associação de Metronidazol 750 mg e Miconazol, creme a 2%, via vaginal, com apenas uma aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias que mostrou-se eficaz para o tratamento das causas mais comuns de vaginites sendo bem tolerado pelas usuárias. Para VB e/ou TVV, foi indicado o uso de Metronidazol tópico, uma aplicação vaginal por 7 noites consecutivas, ou tratamento sistêmico (após completado o 1º trimestre) com Metronidazol 2 g, via oral (VO), dose única, ou Metronidazol 400 mg, de 12/12 h, VO, durante 7 dias, ou 250 mg, VO, 3 vezes ao dia por 7 dias, ou Secnidazol 2g, VO, dose única. Sempre que houve indicação, especial atenção foi dirigida ao parceiro sexual, tratados com o mesmo medicamento em dose única.

A paciente com presença de algum critério de risco de infecção cervical, ainda com ausência de sinais clínicos para cervicite ao exame ginecológico, foi considerada como portadora assintomática e recebeu tratamento com Azitromicina 1 g, VO, em dose única, Amoxicilina 500 mg, VO, de 8/8 h, por 7 dias ou Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 h, durante 7 dias, associado a Ceftriaxona 250 mg, intramuscular, dose única. Elas foram aconselhadas a fim de lês oferecer as condições para que avaliem seus próprios riscos, tomem decisões e encontrem as maneiras de enfrentar seus problemas relacionados às DST, interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas e o uso correto do preservativo após a cura, em todas as relações sexuais, orientando sobre as técnicas de seu uso, ou adotar outras formas de sexo mais seguro com vistas à prevenção de transmissão e/ou reinfecção pelo HIV e de outras DST.

Aos 10 dias, ao término do tratamento, foram agendadas para o retorno e todas as pacientes compareceram, para conhecimento dos resultados dos exames solicitados e avaliação da efetividade do tratamento, além disso, se recomendou retornar ao serviço de saúde em caso de recorrências. Não se recebeu nenhum dos exames reagentes. Conseguiu-se a adesão ao tratamento avaliada por meio de questionamento direto. A análise da eficácia considerou 69 pacientes. Por motivos diversos, verificou-se que 7 pacientes violaram o protocolo (não utilizaram a medicação como indicado ou tiveram relação sexual durante o tratamento) e 2 abandonaram o tratamento.

O sucesso do controle das ISTs depende também da disponibilidade de medicamentos eficazes e economicamente viáveis e acessíveis aos serviços de saúde, do treinamento e supervisão dos profissionais e de intervenções comportamentais para prevenir novas infecções e promover o sexo seguro (OMS, 2004).

Apesar da abordagem sindrômica ter sido adotada no Brasil como uma das ferramentas importantes de prevenção do HIV e de outras DST (BRASIL, 2006; WHO, 2007), há escassez de estudos que explorem essa temática no Brasil, sendo imprescindível não somente haver esforços em obter informações sobre as síndromes mais prevalentes e características da demanda atendida, mas os resultados alcançados com a sua implementação na atenção primária (Cavalcante, 2010)

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O projeto teve como ponto de partida a incidência bastante elevada de infecções cérvico-vaginais, doenças mais comumente associadas com corrimento vaginal e principais motivos de procura de atendimento médico das mulheres em idade reprodutiva, e pelos eventos adversos sobre a gestante e o feto ocasionados por estas infecções. Sendo indisponível no município recursos de laboratório no momento da consulta para firmar o diagnóstico dos principais causadores do corrimento vaginal, tivemos em conta as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil sobre a abordagem sindrômica para o manejo de pacientes com ISTs,

estratégia chave para identificar precocemente os portadores da doença, evitar sua disseminação, eliminar ou minimizar sua ocorrência e as maneiras de preveni-las. O estudo evidencia a importância de sua aplicabilidade na atenção básica ao constituir a porta de entrada da população para o SUS.

Seguindo os passos do fluxograma do corrimento vaginal adotado no país, as equipes realizaram a identificação da síndrome apresentada pela gestante. O manejo sindrômico mostrou-se eficaz para o diagnóstico e tratamento imediato das portadoras desde o primeiro contato na consulta de pré-natal e possibilitou a adoção de medidas preventivas e de promoção à saúde. As gestantes apresentaram significantes câmbios na evolução dos sintomas e sinais clínicos sugestivos de vulvovaginite e/ou cervicite após o uso do enfoque sindrômico, alcançando-se notável redução ou remissão dos mesmos, além de ter sido bem tolerado e aceita pelas usuárias e prestadores de saúde.

Apesar disso, percebemos durante o estudo, que ainda falta qualificação dos profissionais em Abordagem Sindrômica, reorganização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família e aperfeiçoamento das ações de saúde conforme as necessidades dos portadores dessas condições, o que pressupõe reorientar a prática em saúde para a abordagem adequada dos usuários sob a ótica da atenção integral, além do comprometimento dos profissionais de saúde nas unidades, no intuito de ampliar a resolatividade destes problemas, evitar as complicações materno-fetais ou neonatais, as vezes muito graves, decorrentes dessas infecções, reduzindo a morbi-mortalidade da mulher grávida. Há necessidade de continuar a preparação nesta área estratégica dos prestadores de saúde que se deparam com esta problemática nos diferentes níveis de atuação, principalmente dos serviços primários, avaliar os avanços e as dificuldades a serem superadas, envolvendo também aos usuários na execução destas ações.

A abordagem sindrômica precisa de pessoal treinado e motivado, dito preparo, deve estar direcionado a modificar comportamentos enquanto à percepção e a adoção de práticas de saúde para a redução dos riscos referentes às ISTs. Ao mesmo tempo, é óbvio a educação permanente da comunidade focada na prevenção como a principal forma de controlar esses agravos e mitigar sua incidência.

Esta modalidade de abordagem não descarta a identificação dos agentes etiológicos das ISTs quando disponível, mas preconiza o tratamento imediato, quando não existem condições de esperar pelos resultados de testes laboratoriais específicos, além de conter um conjunto de ações essenciais complementares que são oferecidas pelos profissionais de saúde para a mulher que inclui, a atenção do(s) parceiro(s) sexual(is), propicia a orientação, o aconselhamento, a educação e a oferta de testes para sífilis, hepatites e para o HIV desde a primeira consulta, pelo que considero muito importante impulsionar o desenvolvimento de projetos de investigação centrados neste propósito que permitam comparar nossos resultados.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Jacinto Sánchez MD. Infecciones Cérvico-vaginales. Em: Instituto Materno infantil. Bogotá. 2006. [Internet] 2014 [acesso em 20 feb 2014]. Disponível em: <<http://www.revistaciencias.com> >.
2. Comunidade de perguntas e respostas. O que é uma infecção cérvico-vaginal? [Internet] 2014 [acesso em 20 feb 2014]. Disponível em: <http://centrodeartigos.com/perguntas-saude/resposta-15420.html>
3. Ortolan Dos Santos FS. Prevalência de microrganismos passíveis de transmissão por contato sexual em esfregaços cervico-vaginais de pacientes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Praia Grande-Sc. Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau de Farmacêutica Generalista. Universidade do Extremo Sul Catarinense-Unesc. Criciúma, abril 2009. [Internet] 2014 [acesso em 20 feb 2014]. Disponível em: [www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00003E/00003E28.pdf](http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00003E/00003E28.pdf)
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines-2006. MMWR. 2006; 55(RR 11):1-94.
5. Alessi AMB, Okasaki ELJ. Diagnóstico, tratamento e prevenção de vaginoses e vulvovaginites durante a gestação. Rev Enferm UNISA 2007; 8: 5-8 [Internet] 2014 [acesso em 20 mar 2014]. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2007-01.pdf>
6. Brasil. Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças, Programa Estadual de DST/Aids-SP, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP. Manual para o manejo das doenças sexualmente transmissíveis em pessoas vivendo com HIV. São Paulo-SP, 2011, p36-105. [Internet] 2014 [acesso em 20 feb 2014]. Disponível em: [http://www3.crt.saude.sp.gov.br/iec/manual\\_manejo\\_dst.pdf](http://www3.crt.saude.sp.gov.br/iec/manual_manejo_dst.pdf)
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines- 2010. MMWR. 2010;59 (RR-12):1-110.



8. Ministério da Saúde do Brasil-Programa Nacional de DST/AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Série Manuais nº 68, 4ª Edição, Brasília, DF 2006, p. 1-138 [Internet] 2014 [acesso em 20 mar 2014]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/manual-de-controledas-doencas-sexualmente-transmissiveis>.
9. Souza Pereira AP. Modelo de Fluxograma de Atendimento À Mulher Portadora de DST/Aids no Município de Itapema, Santa Catarina. Trabalho de Conclusão de Curso. (Especialista em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. 62 p. [Internet] 2014 [acesso em 20 feb 2014]. Disponível em: <http://spb.ufsc.br/files/2012/09/TCC-Amanda-P.-Souza-Pereira.pdf>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. 1a edição. Brasília-DF, 2013, p 114.
11. Lima TM, Teles LMR, Oliveira AS, Campos FC, Barbosa RCC, Pinheiro AKB, Damasceno AKC. Corrimentos vaginais em gestantes. Comparação da abordagem sindrômica com exames da prática clínica da Enfermagem. Artigo original. [Internet] 2014 [acesso em 20 mar 2014]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01265.pdf>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). 2ª ed. Brasília-DF; 2008.
13. Brasil. Coordenação Nacional de DST/AIDS, Manual de Controle de das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST, 3ª Edição – 1999. [Internet] 2014 [acesso em 20 mar 2014]. Disponível em: [http://ligadst.com/manual\\_controle\\_dst.pdf](http://ligadst.com/manual_controle_dst.pdf)
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretárias de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids. Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis. Brasília-DF, 2000.
15. Costa DDO, Silva P; Fernandes ACUR. Saúde da mulher: questões da prática assistencial para medicina. Coordenação UNA-SUS da Universidade Federal do Maranhão. São Luís – MA, 2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle de Doenças Transmissíveis. 5ed. Brasília (DF); 2008. [Internet] 2014 [acesso em 20 feb 2014]. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_controle\\_das\\_dst.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf)
17. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Infecciones de Transmisión Sexual, pautas para su tratamiento. Habana; 2004: 7 – 9. [Internet] 2014 [acesso em 20 feb 2014]. Disponível em: [www.sad.org.ar/file/download/13/transex.pdf](http://www.sad.org.ar/file/download/13/transex.pdf)
18. Da Silva Guerra Neto PG. Vaginose Bacteriana por Gardnerella Vaginalis. Monografia para Obtenção do Grau de Especialista em Citologia Clínica. Universidade Paulista e Centro de Consultoria Educacional, Recife, 2011. [Internet] 2014 [acesso em 20 feb 2014]. Disponível em: <http://www.ccecurso.com.br/img/resumos/citologia/15.pdf>

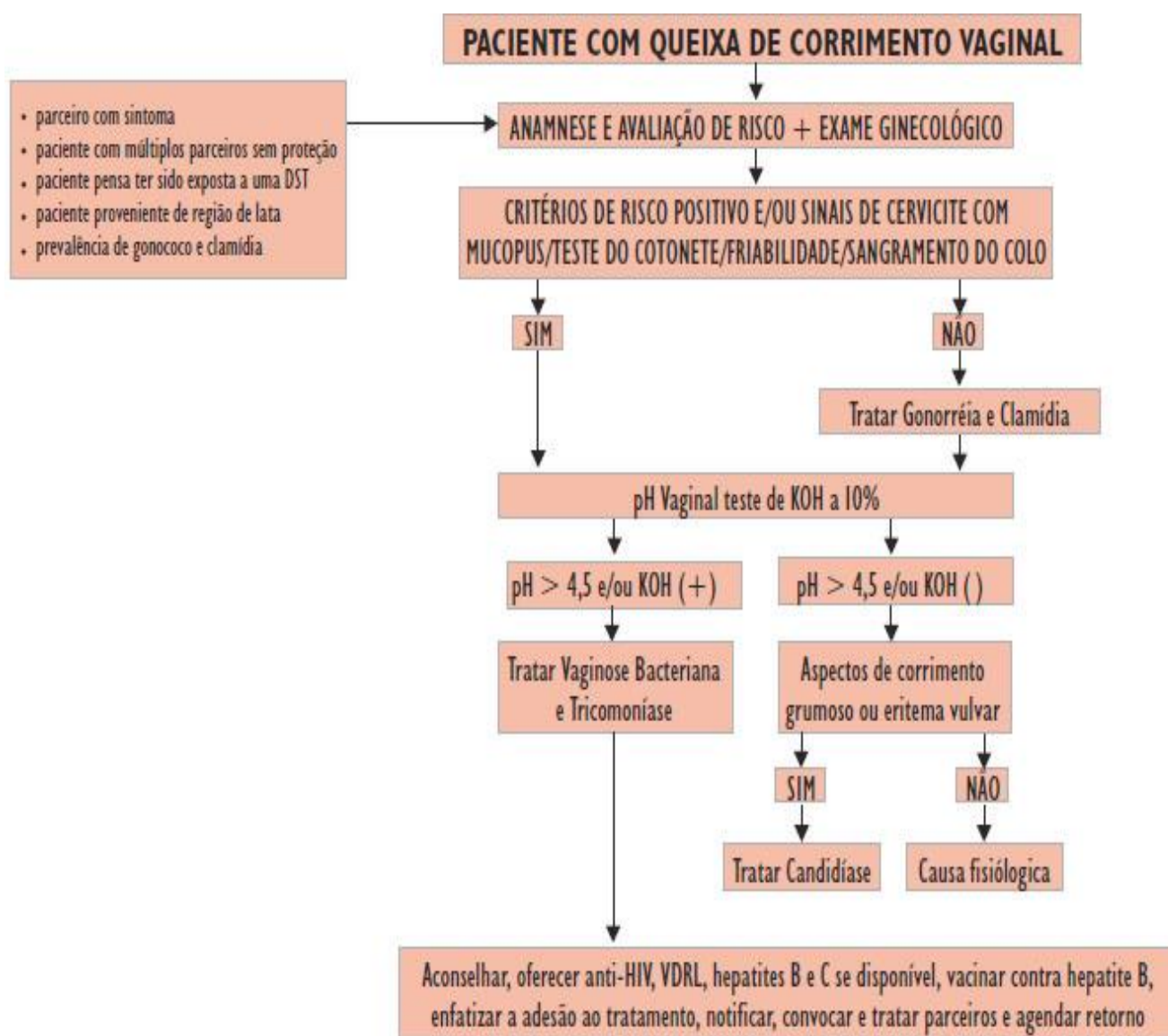
19. Brasil. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, 4<sup>a</sup> ed., 2006 e Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV, 7<sup>a</sup> ed., 2008. [Internet] 2014 [acesso em 20 mar 2014]. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/publicacao/manual-de-controladas-doencas sexualmente transmissiveis](http://www.aids.gov.br/publicacao/manual-de-controladas-doencas-sexualmente-transmissiveis)
20. Ishiyama Geniole LA, Kodjaoglanian VL, Argemon Vieira CC, Cavalcante da Costa K. Assistência Multidisciplinar à Saúde. Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, vol. 2. Campo Grande, MS: Ed. UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. p 131.
21. Askew I, Berger M. A contribuição dos serviços de saúde reprodutiva e sexual à luta contra o HIV/AIDS: uma revisão, 2006; 1(1): 13 [Internet] 2014 [acesso em 20 mar 2014]. Disponível em: [http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista\\_rhm1/revista1/11-38.pdf](http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/11-38.pdf)
22. Nadal SR; Carvalho JJM. Abordagem Sindrômica das Doenças Sexualmente Transmitidas. Rev bras Coloproct, 2004; 24(1):70- 72. [Internet] 2014 [acesso em 20 mar 2014]. Disponível em: [http://www.jcol.org.br/pdfs/24\\_1/12.pdf](http://www.jcol.org.br/pdfs/24_1/12.pdf)
23. Bezerra Menezes ML, Faúndes AE. Validação do Fluxograma de Corrimento Vaginal em Gestantes [Internet] 2014 [acesso em 20 feb 2014]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000311546>
24. Barros Zampier VS. Abordagem das DST: Consulta de Enfermagem em Pré Natal Estratégia Saúde da Família Juiz de Fora [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/RJ; 2008. [Internet] 2014 [acesso em 20 feb 2014]. Disponível em: [http://teses2.ufrj.br/51/dissert/EEAN\\_M\\_VanderleiaSoeliDeBarrosZampier.pdf](http://teses2.ufrj.br/51/dissert/EEAN_M_VanderleiaSoeliDeBarrosZampier.pdf)
25. Felix de Freitas SL, Souza Gerk MA, Arantes SL, Brandt Nunes C. A Aplicabilidade da Abordagem Sindrômica no Diagnóstico e Tratamento das Vulvovaginites na Gestação. Ciência da enfermagem em tempos de interdisciplinaridade. Trabalho 108. 19 a 22 de junho de 2011 [Internet] 2014 [acesso em 20 mar 2014]. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0108.pdf>
26. Urquia Batista MA. Sobre el manejo sindrômico de Infecciones de Transmisión Sexual. Rev. Med Hondur, 2005; (73). 105.
27. Bezerra Menezes ML. Prevalência de infecções cérvico-vaginais e validação do fluxograma de corrimento vaginal em gestantes [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2003, 112p. Doutorado em Tocoginecologia. [Internet] 2014 [acesso em 20 feb 2014]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000311546>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 140p.
29. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de

pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [acesso em 13 maio 2014]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO 1: FLUXOGRAMA DA ABORDAGEM SINDRÔMICA DE DST

Figura 1: Fluxograma de corrimento vaginal sem microscopia.



## ANEXO II.

## Guia de avaliação da estrutura nas UBSF para garantir a atenção às gestantes com queixa de corrimento vaginal.

- | 1. Locais de consultas | Adequados | Inadequados |
|------------------------|-----------|-------------|
| a) Privacidade         | -----     | -----       |
| b) Iluminação          | -----     | -----       |
| c) Higiene             | -----     | -----       |
| d) Abasto de água      | -----     | -----       |

2. Mesas e cadeiras para entrevista.

- a) Disponíveis -----
- b) Não disponíveis -----

- ### 3. Mesa de exame ginecológico.

- a) Bom estado -----
- b) Mau estado -----

4. Stock de espéculos ginecológicos de diferentes tamanhos (grandes, medianos, pequenos), maior ou igual a 10.

- |               | Bom estado | Mau estado |
|---------------|------------|------------|
| a) Completo   | -----      | -----      |
| b) Incompleto | -----      | -----      |

5. Foco de luz.

a) Bom estado -----

b) Mau estado -----

6. Stock de Luvas (maior ou igual a 5).

Bom estado

Mau estado

a) Completo -----

-----

b) Incompleto -----

-----

7. Disponibilidade de fluxograma.

a) Disponíveis -----

b) Não disponíveis -----

8. Disponibilidade de condom ou preservativos.

a) Disponíveis -----

b) Não disponíveis -----

9. Autoclaves.

a) Bom estado -----

b) Mau estado -----

10. Disponibilidade de medicamentos na Farmácia Básica.

Quantidade

a) Disponíveis -----

b) Não disponíveis -----

### **ANEXO III.**

#### **PROTOCOLO PARA O MANEJO SINDRÓMICO DO CORRIMENTO VAGINAL EM GESTANTES**

##### **Opções terapêuticas para corrimentos vaginais.**

O tratamento completo da Vaginítes inclui o tratamento para Tricomoniase, Vaginose bacteriana e para Candidíase com:

Metronidazol 2 g VO dose única ou Metronidazol 400mg 12/12hs VO 7 dias

ou 250 mg VO 3 vezes ao dia por 7 dias. Para Tricomoniase e Vaginose bacteriana (gestantes após o 1º trimestre e durante a amamentação)

+ Para Candidíase

Miconazol, creme a 2%, uma aplicação vaginal à noite por 7 dias; ou

Clotrimazol, creme a 1%, uma aplicação vaginal, à noite durante 6 a 12 dias; ou

Clotrimazol, óvulos de 100 mg, uma aplicação vaginal, à noite, por 7 dias; ou

Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite por 14 dias.

Tratamento dos parceiros sexuais

Todos os parceiros sexuais de gestantes com vaginite devem receber tratamento contra Tricomoniase, com:

Metronidazol 250 mg VO 3 vezes ao dia por 7 dias

ou

Metronidazol 2 g VO dose única em um só dia (1 gramo 12/12hs)

Obs: candidíase e vaginose bacteriana não são sexualmente transmissíveis, devendo-se orientar os pacientes. A vaginose bacteriana e a candidíase são infecções endógenas. Assim, apenas os parceiros de mulheres com tricomoníase, devem ser tratados com o mesmo medicamento em dose única, porque esta é considerada uma DST.

Na vaginose bacteriana – os parceiros não precisam ser tratados.

Os parceiros sexuais de portadores de candidíase não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Mulheres vivendo com HIV/aids: devem ser tratadas com os mesmos esquemas recomendados acima.

### **Opções terapêuticas para cervicite.**

O tratamento da cervicite inclui tratar gonorréia e clamídia à gestante e a seu parceiros sexuais. Os esquemas de tratamento recomendados são:

Ceftriaxona 250mg IM, dose única

+

Azitromicina 1 g, VO, em dose única,

ou

Eritromicina (estearato) 500mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias

ou

Amoxicilina 500mg, VO, 8/8hs - 7 dias.

No retorno, em caso de persistência do corrimento ou recidiva, tratar com eritromicina (Estearato) 500mg, VO, 6/6h, 7 dias + metronidazol 2g, VO, dose única.

Parceiros sexuais: devem ser tratados, preferencialmente com medicamentos de dose única.

Pacientes portadores de HIV: devem ser tratadas com os mesmos esquemas acima referidos.

## ANEXO IV

### Planilha de Preenchimento para a Auditoria das Fichas de Pré-natal.

#### 1. Exame ginecológico.

a) Sim ----- b) Não -----

#### 2. Avaliação de critérios de riscos.

a) Sim ----- b) Não -----

#### 3. Interpretação da valoração do risco.

a) Sim ----- b) Não -----

#### 4. Exames laboratoriais:

À gestante:	Sem	Não
VDRL	-----	-----
Anti-HIV.	-----	-----
Hepatite	-----	-----
HIV	-----	-----
Ao(s) parceiro(s) sexual(is):	Sem	Não
VDRL	-----	-----
Anti-HIV.	-----	-----
Hepatites	-----	-----
HIV	-----	-----



## 5. Plano terapêutico integral.

	Vaginite	Cervicite
a) Sem	-----	-----
b) Não	-----	-----

## 6. Avaliação da efetividade do tratamento.

a) Sem -----      b) Não -----

## 7. Alta.

a) Sem -----      b) Não -----

## ANEXO V

### Planilha de Consentimento Livre e Esclarecido dos Participantes.

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar da investigação: Implementação da abordagem sindrômica de corrimento vaginal em gestantes do município de Mansidão, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo(a) ACS \_\_\_\_\_ sobre o estudo, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou ciente que posso retirar meu consentimento em qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/tratamento.

Data: \_\_/\_\_/\_\_.

Assinatura do respondente. \_\_\_\_\_ .

Nome e assinatura do ACS. \_\_\_\_\_ .

